Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2557 de 2004

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Situación epidemiológica de la infección por Estafilococo Dorado Meticilino Resistente Comunitario**

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 27 de julio de 2004**

**(Sin corregir)**

**PRESIDE:** Señor Representante Gustavo Amen Vaghetti.

**MIEMBROS:** Señores Representantes Daniel Bianchi, Jorge Chápper, Luis José Gallo Imperiale, Orlando Gil Solares, Ramón Legnani y Wilmer Trivel.

**INVITADOS:** Señor Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla; contador Milton Pesce, Subsecretario; doctor Diego Estol, Director General de Salud; doctor Elbio Paolillo, Director General de ASSE; y escribano Marcelo Ferrero, Director General de Secretaría.

**SEÑOR PRESIDENTE (Amen Vaghetti).- Habiendo número, está abierta la reunión.**

El motivo de esta convocatoria es el tema de las Comisiones de Apoyo, planteado por el señor Diputado Gallo Imperiale. Esta reunión fue acordada a principios de mes, pero como en las dos últimas semanas ha surgido un tema que ha cobrado notoriedad pública y ha generado alarma en la población, el relativo a la bacteria meticilino resistente, quien habla creyó del caso incluirlo como primer punto del orden del día.

Tenemos un problema cuya resolución nos gustaría acordarla con el señor Ministro. Cuando se resolvió la fecha de esta comparecencia no había fijada ninguna sesión de Cámara, pero resulta que después se fijó una para las tres de la tarde, por lo cual a esa hora deberíamos terminar esta reunión. Entonces, si el Ministro está de acuerdo y la Comisión también, dada la extensión de algunos de los temas que vamos a abordar, proponemos hacer un intermedio a la hora en que está fijada la sesión de la Cámara y continuar a la hora 17, a fin de terminar hoy con el orden del día. La otra posibilidad es seguir mañana. Desde nuestro punto de vista, quizás lo mejor sea agotar hoy el orden del día, pero dependemos de sus posibilidades, señor Ministro.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Sería conveniente seguir mañana, ya que no tenemos seguridad de que podamos continuar a la hora 17. Si no hay más remedio, seguiríamos hoy, pero nos gustaría seguir contando con la presencia del doctor Estol para el abordaje de algunos puntos y él no podría estar. Si no hay otra alternativa lo haríamos, pero lo mejor sería continuar mañana a la hora en que la Comisión lo determine, aunque nos resultaría conveniente que fuera a la hora 14, de manera de poder continuar con las actividades normales del Ministerio.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Muy bien; continuaremos mañana a la hora 14.**

Con respecto al primer tema del orden del día, quisiéramos saber cuándo se detecta la presencia de esta bacteria meticilino resistente en el Uruguay y qué medidas se adoptaron. Es decir, quisiéramos conocer la historia desde su aparición, cuántos casos ha habido y cómo ha reaccionado el Ministerio.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Este tema está en la opinión pública y merece la mayor responsabilidad de nuestra parte en cuanto a aclarar cómo se ha manejado el Ministerio, cuál es la situación actual y cómo se encarará el tema en el futuro. Esos son los tres puntos principales.**

Este tema de la resistencia bacteriana a los antimicrobianos se empezó a hablar en la OPS, en la OMS, en el mundo entero, ya a fines del 2002.

En nuestra conexión permanente con la OPS tomamos conocimiento de que en el mundo había una serie de cepas bacterianas que estaban mutando y que era factible que en el correr de los meses pudieran aparecer cepas resistentes a los antibióticos que obligaran a modificar el tratamiento habitual en esos casos.

Los técnicos del Ministerio, los técnicos del Departamento de Laboratorios, los técnicos de Epidemiología y todos los que tienen que ver con estas cosas hablaron con quien era el Ministro a fines de 2002 y le solicitaron que se actuara desde ese momento. Todavía no teníamos ni existía, aparentemente, esta nueva forma del estafilococo; pero todo esto hace a la historia del asunto y a cómo ha actuado el Ministerio.

El 23 de octubre del 2002 el Ministro de entonces dictó la Ordenanza Nº 552 que dice: "VISTO: la importancia de los fenómenos emergentes de resistencia de los agentes microbiológicos a las drogas antimicrobianas, para el tratamiento individual de los pacientes y para la salud pública toda, a nivel de comunidad; RESULTANDO: I) que es necesario que Uruguay adopte esquemas preventivos de control y manejo en el tema para proteger la salud de la población;. II) que la resistencia de los agentes microbiológicos a drogas para tratamientos etiológicos de las más diversas infecciones, es un problema emergente de la mayor gravedad para la salud pública; [...] CONSIDERANDO: I) la necesidad de actuar de forma científica y racional, conociendo la entidad, cuantificación y alcance de los fenómenos de resistencia de los agentes microbiológicos a las drogas antimicrobianas, mediante una adecuada vigilancia epidemiológica de alcance nacional.[...]

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA RESUELVE: 1º) Decláranse de notificación obligatoria por parte de las instituciones de Asistencia Médica y los Laboratorios de diagnóstico de afecciones infecciosas los fenómenos de resistencia de agentes microbiológicos a drogas antimicrobianas" -cualesquiera sean ellos. "2º) Tal notificación se materializará de acuerdo a la Categoría 2 de Enfermedades Notificables (Grupo B, Enfermedades de Notificación Semanal) ante el Área de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. 3º) Será responsabilidad de la citada Área y del Departamento de Laboratorios de Salud Pública, definir la información a aportar por parte de los notificantes".

Así reaccionó el Ministerio en aquel momento frente al asesoramiento de los técnicos e, inmediatamente, el 6 de diciembre del 2002 se formó un grupo de trabajo para la implantación de un Sistema Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. El tema se puso arriba de la mesa y se empezó a trabajar. Vinieron infectólogos del Hospital Italiano de Buenos Aires y del Instituto Malbrán de Buenos Aires. Se les presentó la Ordenanza Nº 552, que fue leída en primer término en ese evento, y los profesionales del Ministerio también presentaron la organización de una red de vigilancia nacional para poder detectar a tiempo las modificaciones que eventualmente pudieran producirse, de acuerdo con lo informado desde la OPS y la OMS. Participaron profesionales de Montevideo, del interior, del área de laboratorios -la mayoría de ellos- y de las clínicas de infectología del país. Podemos proporcionar a la Comisión el programa de esas jornadas. Esto fue a fines de diciembre del 2002.

El 24 de junio del 2003 se hacen las Jornadas de Capacitación Regional en Vigilancia a la Resistencia a los Antimicrobianos. Allí nuevamente se presenta ante los médicos concurrentes la Ordenanza Nº 552 -lo hizo el doctor Eduardo Savio-, recordando la obligatoriedad de denunciar estos casos. Asimismo, el personal del Departamento de Laboratorios de Salud Pública y el de Epidemiología presentaron cómo, a ojos de ellos, debía ser la organización de la Red de Vigilancia Nacional. Participó personal de toda la Regional Este

fundamentalmente -Rocha, Maldonado, Lavalleja y Treinta y Tres-, laboratorios, clínicas e instituciones médicas.

El 12 de julio del 2003 se hacen las Jornadas Taller de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos. Vienen especialistas de la OPS de Washington y del Instituto Malbrán de Buenos Aires, siempre con la inquietud de que las cepas de los gérmenes más conocidos estaban mutando, que aparecían mutaciones esporádicas, y había que estar prevenidos. Este fue un taller de consolidación de los participantes de la Red. Se definieron las condiciones de realización de los distintos tests de sensibilidad para detectar estos casos, la forma de registrar los datos y se insistió nuevamente en la Ordenanza Nº 552. Se recomendó especialmente a todos los laboratorios de cada institución que publicaran semestralmente los perfiles de resistencia de todos los organismos de la lista ya conocida como "especie bacteriana objeto de vigilancia". Como no se podía vigilar a todas, se elaboró una lista de gérmenes regionalmente, entre los cuales está el estafilococo; la idea era que se acentuara este tipo de vigilancia sobre los diez principales y más frecuentes por si mutaban. Se les recordó que los laboratorios centinelas que ya empezaban a funcionar en Uruguay debían enviar sus datos al laboratorio coodinador central de la Red, en nuestro caso, el Departamento de Laboratorios de Salud Pública, que es el que hace el consolidado de los datos.

El 8 de agosto del 2003 ese mismo grupo, que siguió trabajando y organizando la Red Nacional de Vigilancia a las Mutaciones, organiza una videoconferencia de divulgación a nivel nacional y, a su vez, visita cuatro de los laboratorios centinelas del país: Salto, Paysandú, Rivera y Artigas. Esa videoconferencia fue dictada por profesionales del Departamento de Laboratorios del Ministerio, los médicos de vigilancia epidemiológica y personal del servicio de infectocontagiosos. Fue dirigida a los Directores de hospitales y a médicos generales de especialidades básicas en infectología. La videoconferencia llegó a Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Colonia, Florida, Melo, Fray Bentos, Tacuarembó, Durazno, San José, Mercedes y Trinidad.

En la misma fecha, ese 8 de agosto, el contador Pesce, que actuaba como Ministro -yo estaba en la Organización Mundial de la Salud-, firma la Ordenanza ministerial Nº 394, que reafirma la declaración obligatoria y da respaldo normativo al hecho de que el Departamento central de Salud Pública fuera el que recepcionara en último término todas las denuncias que vinieran de los laboratorios o instituciones médicas del país. Dice así: "Dispónese que el Departamento de Laboratorios de Salud Pública, dependiente de la División Salud de la Población, actuará como Centro Coordinador de los Laboratorios para la Instrumentación de la Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos a nivel nacional", y menciona la Ordenanza Nº 552 que, por supuesto, sigue vigente.

Del 27 al 29 de noviembre de 2003 se realizó el curso teórico práctico de capacitación y actualización sobre sensibilidad a los antibióticos y vigilancia de la resistencia bacteriana. En él participaron otra vez especialistas del Instituto Malbrán de Buenos Aires y de la Asociación Española; fueron expositores el profesor Walter Pedreira -que se está nombrando permanentemente como uno de los principales infectólogos del país, que es médico de Salud Pública y trabaja en el Hospital Maciel-, especialistas del Pasteur y personal del Departamento de Laboratorios de Salud Pública. A este evento se le dio una gran importancia porque fue allí donde se empezó a consolidar la red nacional para su detección.

En diciembre de 2003 se llevó a cabo el encuentro de control de calidad externo regional para el diagnóstico de resistencia a los antibióticos, donde se hizo la caracterización científica de estas diez cepas, a efectos de que los laboratorios pudieran identificarlas. Todo esto fue hecho con la participación de la OPS, que siempre ha estado atrás impulsando estos eventos.

No es que no se haya tenido conocimiento del tema. El Ministerio siempre fue consciente y se basó en los informes de sus técnicos, en los cuales -remarco- tengo la mayor confianza. Durante todo este tiempo y hasta el día de hoy no hubo un solo consejo técnico que no hubiera seguido. No digo esto para sacarme ninguna responsabilidad. Si bien mi responsabilidad es política como Ministro de Salud Pública, también soy responsable como médico, pero evidentemente los servicios técnicos del Ministerio son los que siguen estos temas de cerca y quienes aconsejan al Ministro que haga tal o cual cosa. Hemos hecho todo esto tal como los principales técnicos en infectología, en epidemiología y en vigilancia epidemiológica del Ministerio nos han aconsejado, hasta que se llega a febrero de este año, donde tomamos conocimiento de la primera aparición de esta bacteria. Fue en un caso que se dio en el barrio Casabó, donde hubo un grupo de pacientes vinculados a una o dos familias. Fue un caso concreto de estafilococo meticilinorresistente, que llamaba la atención porque no era adquirido en un nosocomio sino en la comunidad; no era intrahospitalario sino de la

comunidad. A esta altura no quedaba laboratorio en este país que no supiera que estábamos en esto y permanentemente alertas para poder detectar estas cosas. Todos los médicos sabemos que hay bacterias mutantes.

Como les dije, en total hubo más de diez talleres, jornadas, videoconferencias, comunicados y ordenanzas. Se tomó conocimiento del brote en el barrio Casabó, se realizó de inmediato una investigación por parte de los técnicos del Ministerio y se resolvió bien. No hubo más casos, no hubo muertes en ese momento y se hizo el seguimiento correspondiente. Se logró la curación en un ciento por ciento y se hicieron las recomendaciones a las policlínicas de barrio, a las instituciones y a los médicos sobre cómo actuar frente a esa bacteria.

Recién el 1º de junio de este año -les pido que tomen nota de esto- recibimos la primera notificación oficial sobre un caso aislado de esta bacteria, diciendo que este es un estafilococo meticilinorresistente, que no es igual al que conocemos habitualmente ni al nosocomial y solo es sensible a la vancomicina. Este es otro, y por suerte sensible al Bactrim.

El 6 de julio tuvimos la segunda consulta por parte de la Colonia Psiquiátrica Santín Carlos Rossi. Nos preguntaron qué medidas podían tomar en la lavandería de la Colonia para la prevención de infecciones estafilocócicas y allí van nuestros técnicos. El Director del Hospital ya estaba alertado, había alertado al laboratorio central, y había consultado al doctor Pedreira y a la cátedra de Infectología.

A efectos de que tengan de primera mano la información sobre cómo entendemos que se han desarrollado los hechos y cómo aparece esta bacteria, me gustaría que el doctor Estol hiciera uso de la palabra.

Es bueno destacar que el Ministerio no ha estado omiso, que ha hecho todo lo posible y lo seguirá haciendo. Cuesta muchísimo cambiar las conductas, acostumbrarse a que ya no es como antes, a que hoy en día hay enfermedades emergentes vuelta a vuelta, a que hay que hacer las notificaciones formales porque es la única manera de poder actuar epidemiológicamente, a que hay que estudiar y mantenerse al día en las variaciones de los microorganismos conocidos y, sobre todo, no hay que enojarse ni perder la compostura porque ocultando errores no se va a ningún lado.El doctor Estol, mi principal asesor en este tema y Director General de la Salud -todos los técnicos del Ministerio en este sentido dependen de él-, conoce de primera mano este asunto y me parece que sería muy útil que nos ilustre respecto a qué ha hecho el país y los técnicos enfrentados a esta situación a partir del 1º de febrero, cuando tuvimos el primer caso concreto demostrado hasta ahora de esta bacteria y no otra.

**SEÑOR ESTOL.- Como Director General de la Salud y responsable de los temas sanitarios en el país, fundamentalmente en uno de este tipo que ha causado alarma pública, corresponde precisar una serie de elementos para que los señores Diputados los tengan claro, sobre todo quienes no son médicos.**

El estafilococo es un viejo germen conocido en la historia del mundo, que a lo largo de su historia ha ido generando resistencias. El estafilococo de la década del cincuenta ha cambiado y generado resistencias a distintas variantes de usos de antibióticos en el país más de siete veces. Si todos somos médicos, sabemos que hemos vivido las resistencias a los antibióticos.

Como bien mencionaba el señor Ministro, este es un asunto que empieza a alertar la OPS a mediados de 2001, planteando que hay que vigilar más estrechamente la resistencia por nuevas mutaciones que empiezan a aparecer en diferentes bacterias, y que hay que hacer una estrategia de control de ese tipo de resistencia. Para tener claros los conceptos, aquí estamos hablando del estafilococo clásico, del estafilococo meticilinorresistente hospitalario -que es el que siempre se veía en los CTI con pacientes sometidos a procedimientos-, germen que siempre implicaba cuidados especiales en los ambientes hospitalarios, y que ahora se agrega este meticilinorresistente llamado comunitario. ¿Por qué? Porque es resistente a las penicilinas, y porque, a la inversa de donde generalmente aparecían las resistencias bacterianas -en el ambiente hospitalario-, surge en la comunidad.

Este es un tema que empieza a estar presente a nivel académico en el mundo y también en el Uruguay. Hay que reconocer que los técnicos uruguayos, hace más de un año, plantearon esto en ciertos círculos; a principios de 2003, al estudiar los antibiogramas, decían: "Están mal, algo raro está pasando". Inclusive, esto implicó muerte de pacientes sin diagnóstico pues no se conocía cuál era la bacteria responsable porque no respondía a los tratamientos habituales concebidos de acuerdo con el conocimiento actual en el país.

Siguiendo la cronología de la resistencia bacteriana -como decía el señor Ministro-, en abril de 2004 se recibieron los primeros datos de resistencia bacteriana consolidados en el país, y el 3 de junio y el 2 de julio de este año se recibieron tres casos de resistencia del estafilococo meticilinorresistente comunitario en la red de Salud Pública.

En el mundo se establecen cuáles son los gérmenes que hay que vigilar. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud incluyen el estafilococo -especie bacteriana objeto de vigilancia de resistencia según origen- como germen de vigilancia en el ambiente hospitalario, pero no en la comunidad, porque si bien era un viejo germen conocido, no hubo elementos nuevos que determinaran un alerta especial. ¿Qué quiere decir esto? La academia en el mundo no lo tiene claro todavía. ¿Es esta una nueva bacteria o el viejo estafilococo que a través de los mecanismos de resistencia se va adaptando y genera estas características nuevas de ser resistente a las penicilinas, pero sensible a otros antibióticos de uso habitual como el Bactrim? En estos momentos, en el mundo se discute qué hacer con esto. Tanto es así que tengo en mi poder el protocolo que se aplica en el centro mundial de referencia, concretamente, el centro de control de Atlanta. A partir de enero de 2004, ellos establecieron un protocolo de seguimiento para ver qué está pasando con este tipo de gérmenes porque los están teniendo en Estados Unidos.

Entonces, ¿si era un germen tan "conocido" -entre comillas-, en los ambientes "académicos" -también lo digo entre comillas-, qué pasó? Yo soy Director General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y desde marzo de 2003 he participado en cientos de reuniones, de encuentros académicos, de inauguraciones de congresos, de reuniones científicas con distintas organizaciones científicas de profesionales en el país, de reuniones de discusión sobre temas emergentes tanto en el Hospital de Clínicas como con la Sociedad de Pediatría y otros organismos, y en ningún momento ningún técnico se aproximó y me dijo: "Doctor Estol: acá tenemos un problema emergente de cuidado". En base a la objetividad y a la realidad del país, y siendo francos y honestos con nosotros mismos, eso es lo real, y yo asumo como Director General de la Salud las responsabilidades que correspondan respecto a esto.

Vayamos al hecho concreto. En la reunión sobre resistencia antibacteriana para toda América Latina, en junio de 2004, Uruguay presenta estos tres casos aparecidos, y toda la red latinoamericana de control de resistencia bacteriana de la OPS en Lima dice que es muy interesante, que no tienen ningún reporte de una bacteria similar ni de Argentina, ni de Brasil ni de otros lugares. En estos días nos llamaron del Ministerio de Salud argentino diciendo que quizás ellos también la tenían, pero que aún no la habían podido calificar y cuantificar.

Por lo tanto, estamos frente a una enfermedad emergente o reemergente de resistencias bacterianas, a las que nos vamos a tener que acostumbrar en el futuro, que serán permanentes y respecto de las cuales el país tendrá que empezar a establecer los mecanismos ágiles de notificación y de vigilancia.

Vayamos a los hechos objetivos: lo que ocurrió con el primer dato que surgió a través de un llamado que realizó el SSAE en febrero de 2004; seguramente, los señores Diputados lo habrán visto por la prensa, en la que la gente aparecía mostrando granos y forúnculos en el barrio Casabó de Montevideo. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica envió un equipo para investigar el hecho, y se realizó la investigación de campo, se estudiaron las familias, se hicieron isopados de las lesiones de esos pacientes. Esto ocurrió el 26 de febrero.

El 3 de marzo se culminó la actuación en el barrio Casabó y se elevó una nota al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, que está integrado por el doctor Sergio Curto -epidemiólogo reconocido en el país-, por el profesor Savio -profesor grado V de enfermedades infectocontagiosas del país-, y por epidemiólogos grado III de bacteriología del Hospital de Clínicas; como pueden apreciar, está integrado por toda la gente teóricamente más capacitada que el país hoy tiene. En esa nota se establece que en relación a este tema se solicitaba la difusión del comunicado al cuerpo médico. ¿Qué era lo que se iba a avisar en el comunicado del cuerpo médico? Que hay una bacteria, el estafilococo meticilinorresistente, que no responde a los tratamientos habituales en la comunidad, que tiene un perfil distinto en cuanto a su presentación a lo que era usual y conocido en el tratamiento. En ese sentido, ante las consultas recibidas por lesiones de tales características y la aparición de casos con resistencia a los antibióticos habituales, en esa nota se establecía que el Ministerio de Salud Pública recomendara una serie de cambios una vez diagnosticado el agente etiológico, y si este correspondía a un estafilococo aureus se debía realizar exudado nasal al paciente y a convivientes en búsqueda de portadores, y se indicaran las alternativas terapéuticas -el trimetropin

sulfametoxazol-, el Bactrim. Las alternativas terapéuticas se planteaban porque era un estafilococo emergente a nivel comunitario con características atípicas -estábamos acostumbrados a verlo en el ambiente hospitalario-, que tenía variantes desde el punto de vista terapéutico.

Aclaro que esto fue el 10 de marzo de 2004, inmediatamente después de descubiertos los casos del barrio Casabó.

**SEÑOR ESTOL.- Uno dice: "Pero estos comunicados del Ministerio de Salud Pública, ¿quién los lee, quién los ve?" Si es una bacteria emergente y el problema era tan conocido en la academia, si era un tema crítico que conocía mucha gente, cuando reciben un comunicado de estas características, ¿no se unen para decir: "Perdón, esto es lo que nosotros venimos alertando?" o "Esto es lo que yo dije en el congreso en cuanto a que había una bacteria resistente?".**

Suponiendo que estos son comunicados del Ministerio de Salud Pública que pasan de rutina o no llegan a un conjunto importante de la población del país, en aras del respeto técnico y del trabajo digo que tengo en mi poder la lista en la que figura a dónde llegaron todas las notificaciones y el "OK" de haber sido recibidas. En esa lista figuran diarios, semanarios, canales, radios, Unidades Ejecutoras, casco central del Ministerio de Salud Pública, Parlamento 1, 2 y 3 -esto está diferenciado en función de las distintas Comisiones-, sociedades científicas, Dirección Técnica, autoridades del Ministerio de Salud Pública, SMU, FEMI, Cámara de Emergencias Móviles, IAM, UMO, farmacias, Universidad de la República, OPS, Intendencia Municipal, embajadas extranjeras en el Uruguay y embajadas uruguayas. Inclusive, muchos de los señores Diputados están incluidos en esta lista y reciben este tipo de información. Estos comunicados fueron recibidos con amplitud por el conjunto de la sociedad académica del país.

Vamos a ver la evolución de este hecho puntual. Cuando el 9 de marzo vuelve a la Dirección de Salud el tema del barrio Casabó se plantea: "Vuelva al Departamento de Epidemiología. Interesa conocer Resultados de laboratorio.- Situación actual.- ". El 14 informan: "Cúmpleme informar a usted que en comunicación telefónica con el doctor Anzalone, Jefe de Bacteriología del CRAPS, nos informa que no se han presentado nuevos casos de pidiodermitis (estafilococccias) en habitantes del barrio Casabó. El mismo destaca la ocurrencia de recurrencia, que han recibido tratamiento de antibiótico." Es decir que algunos recurrieron y recibieron tratamiento. Continúo leyendo: "Conjuntamente con el SSAE realizarán un trabajo de campo en la zona para la eventual detección de nuevos casos". Ahí se sigue trabajando en el tema.

Se hace una nueva reunión para explicar el nuevo reglamento de vigilancia epidemiológica. A los señores Diputados ya se lo mostramos y les planteamos lo relativo a la centralización, a la información y en cuanto a cómo era el mecanismo con el que íbamos a trabajar, que refiere a los eventos sanitarios y el deber de denunciar todo evento sanitario que llame la atención, y a la resistencia bacteriana al laboratorio central. Estas normas ya existían, estos conceptos son reiterados, pero se unificó todo. El Decreto del año 1961-el anterior- y las distintas administraciones del Ministerio han ido acompasando y aprobando nuevas resoluciones. O sea que este reglamento actualiza, moderniza y junta todas las resoluciones en un único centro de vigilancia epidemiológica.

El 21 de mayo se hace una nueva reunión, se habla de la resistencia bacteriana y de todos los asuntos, pero nadie planteó esos temas allí.

Se hace un programa de entrenamiento de todos los centros del interior, de las Direcciones de Salud, con representantes de ASSE, sobre los temas de la importancia de la vigilancia epidemiológica y el 1º de junio de 2004 se hace un nuevo comunicado dirigido al Cuerpo Médico Nacional, ante numerosas consultas recibidas por él y por otros profesionales con relación a las infecciones de piel y partes blandas causadas por estafilococo aureus meticilinorresistente, que empezamos a llamar comunitario a partir de que empieza a fluir la información extranjera. Solo hay veinticinco trabajos publicados en todo el mundo sobre este tema. En ese sentido, hay que ceder la derecha a los técnicos uruguayos porque han actuado en forma muy importante.

Entonces, se hacen las recomendaciones de manejo.

Nos preguntamos, ¿este germen es nuevo o es viejo? Una de sus características es su rapidez de mutación; inclusive, va mutando en el curso de su tratamiento. Al tratamiento que se indicaba en febrero para el caso del barrio Casabó ya había que hacerle mofidicaciones. Anoche, en la página web del Ministerio, producto de

una reunión con todos los infectólogos del país y de las opiniones de los distintos grupos, ya se publicó la nueva alternativa terapéutica respecto a este germen.

El 22 de junio se hace un comunicado a la población, ya que empieza a haber cierto elemento de alarma ante la creciente preocupación y las recomendaciones básicas de higiene, etcétera. Los primeros casos notificados formalmente al Ministerio de Salud Pública se comunican el 1º de junio de 2004.

Señores Diputados: creo que el Ministerio y sus técnicos actuaron correctamente; creo que se actuó en base a la información y a los elementos disponibles de una forma bastante adecuada y eficiente. Como advierten, no es un tema tan claro. De acuerdo con esos grupos o instituciones que decían que conocían el tema hace ya dos años, ¿hubo alguna modificación terapéutica como pauta de tratamiento en esos centros? No sé si me explico. ¿Hubo algún cambio? Ya que estaba tan claro el tema, ¿hubo alguna indicación que podría prever alguna afectación de algún grupo o alguna persona en esas instituciones?

Vamos a otro asunto, el que más me interesa como Director de Salud porque, además, tengo que informar al Ministro adecuadamente para que tome las resoluciones en cuanto a las alertas sanitarias y los problemas que hay. Como ven, los problemas de las enfermedades emergentes son permanentes. Nosotros alertamos: marea roja, hantavirus en la costa, dengue en la frontera. Ahora, ¿vamos a tener a la población en una permanente situación de inestablidad en cuanto a los temas de salud? También hemos alertado acerca del virus del Nilo, al que nadie le da importancia, pero es un tema que también está emergente. Está apareciendo en Estados Unidos y, ¿saben cómo se trasmite? Por los pájaros. ¿Saben de dónde vienen los pájaros que repostan en las costas de Rocha? De Estados Unidos. ¿Saben cuántos pájaros vienen en el año? Sesenta mil. ¿Es un tema importante de salud o no?

Entonces, vamos a las prioridades. ¿Cuál es la situación al día de hoy del estafilococo dorado meticilinorresistente comunitario? Hubo un caso notificado el 1º de junio y dos casos el 20 de junio. El 21 de julio se hace una reunión con todos los técnicos, con el compromiso de que aporten toda la información consolidada que tienen del país. O sea que todos los que tenían información guardada, la tenían que aportar. El día anterior a la reunión, el 20 de julio de 2004, por búsqueda activa de información -no por notificación sino porque nosotros llamamos a los centros y pedimos la información- había 69 casos. ¿Qué quiere decir eso? Que no son de ahora. Hay 69 casos que surgieron de toda la información guardada, acumulada, de 2004. ¿Cuántos fallecidos? Cuatro.

El 21 de julio se hizo la reunión en la cual todos los grupos quedaron comprometidos a traer toda la información para analizarla y consolidarla. Había 120 casos; de 69 casos pasamos a 120. ¿Cuántos fallecidos? Cuatro.

El 23 de julio seguimos buscando información y los grupos seguían aportándola; había 131 casos. Uno esperaba un crecimiento exponencial, como dice el comunicado del Ministro: "Los próximos días, en la medida en que se aporte una cantidad de información, vamos a ver un crecimiento exponencial". ¿Pero qué pasa? Que cuando se hace un exudado de piel, de oído o de garganta a un paciente y de repente un seguimiento, y se consolida la información y se analiza, advierte que en vez de ser una casuística de sesenta casos, se trata de diez o quince.

¿Cuál es la situación a última hora del 26 de julio? El Ministro tiene un dato equivocado en cuanto a los cinco fallecidos. Había dos casos reportados, pero hoy se ha depurado la información. Al día de ayer, teníamos 146 casos notificados y 4 muertes, incluida la del caso de Rocha que salió en la prensa el día de ayer y que ya había sido notificada los primeros días de julio. Es un caso de Rocha que tenemos notificado y confirmado. Hablamos con las autoridades del departamento y ese caso lo habían notificado los primeros días de julio; es la información que tenemos al día de hoy. ¿Qué quiere decir eso? ¿Que vamos a tener más casos notificados? Seguramente sí, porque la gente va a empezar a buscar la información que tiene consolidada.

También hay otra pregunta porque nos decimos: "Estos sí son ciento cuarenta y seis casos meticilinorresistentes comunitarios", pero cuando la gente manda información entrevera y pone los meticilinorresistentes hospitalarios, multirresistentes, con los comunitarios, y eso hay que depurarlo. No solamente eso sino que se pone las estafilococcias normales que se detectan en los cultivos que habitualmente toman en las instituciones, porque no había una cultura de determinar esto como un tema que hay que fraccionar y ver en su real dimensión.

Para dar mayor claridad y transparencia a este proceso, invito a los señores Diputados y a las personas que quieran -inclusive, hemos informado al Sindicato Médico, a todos los grupos- a que vengan y vean la información que tenemos. ¿Por qué? Porque tengo al Grado 5 de Enfermedades Infecciosas de la Facultad trabajando con nosotros, a los bacteriólogos Grado 3 trabajando con nosotros y a gente con gran capacidad técnica trabajando con nosotros, que son los que evalúan estos temas. Miren que yo estoy en diez mil temas más, pero a mí me informan mis técnicos, y esta es la cuantificación real y objetiva que dan al problema. Por lo tanto, disponemos de información válida y objetiva.

Hay una relación que nos interesa destacar que para los señores Diputados también es importante. El 25% de estos casos corresponde a pacientes internados y el 75% a pacientes de tratamiento ambulatorio; el 50% corresponde a Montevideo y el 50% al interior. O sea que es una bacteria meticilinorresistente sensible a otro tipo de antibióticos, emergente y que hoy en día se encuentra en varios sectores de la comunidad uruguaya y -como definimos técnicamente con la profesora Murillo, Grado 5 de Medicina Preventiva, y el profesor Savio- tenemos un brote epidémico de una enfermedad, una bacteria emergente con resistencias y características especiales.

En ese sentido, con la máxima franqueza, creo que se ha trabajado bien de acuerdo a los recursos disponibles, a la actitud y a la realidad de país que tenemos. Se ha trabajado con mucha seriedad y responsabilidad en el tema. Se va a seguir trabajando, porque tenemos inundada nuestra oficina de notificaciones diarias -ahora de todo el país-, de llamados y de preguntas de la gente sobre este tema. Espero -no voy a hacer futurología- que estemos en una especie de techo de una bacteria resistente, que luego se irá acompasando y que,como generalmente sucede, tenderá a descender en el país. Es una bacteria que está acá para quedarse y, en ese sentido, vamos a trabajar con la máxima eficiencia, seriedad y responsabilidad para cuantificar realmente cuál es el tema de salud que tenemos acá y ofrecer esa información lo más transparente posible a todo el mundo.

**SEÑOR LEGNANI.- Nosotros tuvimos conversaciones con los funcionarios de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. Supongo que en las cifras anunciadas están comprendidas las denuncias que vienen de las instituciones psiquiátricas. Desde luego, no sé en qué grado está identificado el meticilinorresistente y en qué medida fue identificado antes, porque ellos hablan de la aparición de casos con forúnculos, con lesiones de piel -como pasa siempre en esto, en uno aparece un orzuelo, en otro un panadizo- y también de que los primeros casos se dieron a fin del año pasado y comienzos de este.**

Me preocupa saber en qué grado influyeron todos esos talleres para que las comunicaciones se efectuaran. En un pedido de informes que hicimos al Ministerio -que de repente todavía no llegó porque fue hace pocos días- preguntamos el número de denuncias y en qué fechas se habían identificado los primeros casos de parte de las instituciones psiquiátricas. Las primeras respuestas de la jerarquía fueron un poco contradictorias en materia de dar un mensaje claro acerca de qué se trataba y de qué se iba a hacer. Aquí se han mencionado cuatro muertes, pero no se dice de dónde. En este sentido también existen dudas de que hayan ocurrido varias muertes -me hablaron de cuatro- dentro de las instituciones psiquiátricas. Ignoro si hubo informes forenses y estudios bacteriológicos al respecto.

Además, uno tiene la impresión de que siempre hay un subregistro. No sé en qué grado se ha introducido en la cultura de los uruguayos la denuncia sistemática de todas las situaciones, no solo de esta enfermedad sino de todas las de denuncia obligatoria. Por eso, reitero que me interesa saber en qué grado influyeron los talleres para que hubiera un incremento en el número de las denuncias o si recién estas se incrementaron después de que se creó un estado de preocupación alrededor del tema. De acuerdo con la respuesta que recibí de los funcionarios, tal parece que antes se le quitaba importancia. En este momento me hablan no solo de afecciones en los internados -con todos los problemas que tienen- y en los funcionarios, sino también en los familiares de estos últimos.

Estas eran algunas de las reflexiones que queríamos hacer porque, claro, uno tiene la sensación de que, aparte de esos mensajes contradictorios, no ha habido una acción preventiva sistemática mínima en materia de proporcionar los elementos preventivos protectores del funcionario que entra en contacto con ropas del paciente o ropa de cama; no sabemos si la ambulancia en la que se traslada a los pacientes se desinfecta o no, etcétera. No quiero poner un calificativo, pero como que en estos temas ha habido omisiones en materia de dar la seguridad de que se estaba haciendo todo lo posible.

**SEÑOR ESTOL.- Agradezco la reflexión.**

Todos los viernes me reúno con Vigilancia Epidemiológica para ver cuál es la situación global del país. Me dan un parte semanal y en función de la gravedad o no de los eventos nuevos que van surgiendo -voy viendo cómo vienen los perfiles, meningitis, leptospirosis, hantavirus, dengue, etcétera-, voy dando los alertas necesarios.

El señor Diputado menciona un tema crucial, de cultura médica no solo en Uruguay -como decía la Viceministra argentina: "Me parece que ahí tenés un problema que no han detectado"- y, en general, en muchas partes del mundo, lamentablemente, un gran porcentaje de estos temas surge por la prensa. Los señores Diputados conocen bien el Código Nacional; el año pasado lo discutimos y cuando apareció el tema del ICI nos encontramos con el grave problema de que algunos médicos decían: " A mí no me toca denunciar", "Yo no tengo nada que ver" o "Yo no notifico". Nosotros salimos a decir: "Miren que hay que notificar". Muy bien, asumimos que había que tener un Código nuevo y todo eso. En aquel momento, algún Diputado dijo que había que educar y que había que socializar el conocimiento del instructivo; esa es la etapa en la que estamos ahora. ¿Qué quiere decir esto? Estamos instruyendo y tenemos un cronograma para cumplir a lo largo de este año. El día 29 tendremos una reunión con todos los Directores Técnicos de FEMI -ya estaba establecida, no surgió a raíz de la bacteria-, para decirles claramente cuáles son los roles, cómo hay que notificar y a qué lugar. También a efectos de instruir tenemos planteada una jornada con el Sindicato Médico del Uruguay a la que este iba a convocar.

Creo que este es un tema cultural en el que tenemos que trabajar, porque siempre vamos a tener eventos sanitarios o realidades sanitarias y si no están documentados y notificados adecuadamente, no sabremos cuál es la realidad sanitaria del país. En ese sentido hay un trabajo importante para hacer, pero somos todos médicos: si hay un evento o una realidad que sobrepasa lo normal o nos llama un poco la atención, hay mecanismos, inclusive por encima de la formalidad de la ley. La ley y el Código establecen que quien no cumple con esto, que implica un tema de afectación de la salud, etcétera, debe ser sancionado. No es el momento para discutirlo porque debemos educar y participar con una actitud constructiva, pero es un asunto importante el que usted dice, y es verdad que, en los dos casos que usted mencionaba, aquí tengo informes de que se hicieron relevos en las colonias, se educó al personal, se dio indicaciones acerca de cómo manejar la ropa y de otros problemas que planteaba el personal de las Colonias. Ayer hubo otra reunión más con ellos e inclusive con el doctor Pedreira para explicar esta situación, o sea que todo es parte de una estrategia de educación que debemos continuar. En esencia, hacia la población, se trata de adoptar medidas de higiene básica. Al mismo estafilococo que antes provocaba que la abuela, el tío o el vecino tuviera un granito, muchos años atrás, hoy se agrega un germen meticilino resistente comunitario, que nos complica la vida porque muta rápidamente, por lo cual cambia su perfil de tratamiento. Debemos hacer alertas nuevamente en el sentido de lograr un uso juicioso y ordenado de antibióticos, en lugar de automedicarse, porque ese será un gran problema que tendremos en el futuro, no solo en Uruguay sino en el mundo entero.

**SEÑOR LEGNANI.- No sé si tienen allí el número de denuncias recibidas de esas instituciones y las fechas de las primeras comunicaciones.**

**SEÑOR ESTOL.- Sobre este tema, las primeras fechas ya las dije: 1º de junio y 20 de junio.**

**SEÑOR LEGNANI.- En junio se hace la identificación del germen. Yo deseo saber cuándo se realizaron las primeras comunicaciones de que estaba apareciendo un número por encima de lo normal de infecciones de piel -clínicamente estafilococos-, en pacientes, funcionarios y familiares de funcionarios.**

**SEÑOR ESTOL.- Hay dos cosas distintas.**

El primer tema comunitario, como brote, es el ocurrido en el barrio Casabó. En las Colonias después hubo un brote, que se analizó y se actuó en ese sentido. La notificación formal -es decir, cuando uno reporta un caso, que es la médula de cualquier sistema de vigilancia- se produce, reitero, el 1º de junio y el 20 de junio. Esos son los tres primeros casos.

**SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Creo que estamos en presencia de un grave problema sanitario y que hay que hacer la lectura de la realidad de acuerdo con datos objetivos.**

Aquí se ha informado con respecto a la estrategia que el Ministerio ha tenido, que lo ha llevado a tomar estas medidas. Se ha hecho mucho hincapié en que este tema viene preocupando desde la anterior Administración. Según se dijo, el anterior Ministro tomó algunas medidas, como la Ordenanza Nº 552, que se declaraba obligatoria. Después se desarrolló una estrategia de talleres a los efectos de profundizar en el tema y, además, se ha ido creando una red de vigilancia, que aparentemente es de carácter nacional, con centros pilotos. Estando el doctor Pesce encargado del Ministerio, se dictó la Ordenanza Nº 394.

De todo esto surge que al Ministerio le llega la primera oficialización de este germen meticilino resistente comunitario el 1º de junio. Y se ha hecho mucho hincapié, fundamentalmente por parte del doctor Estol, en cuanto a que las notificaciones no han llegado al Ministro ni al Director General de Salud. En definitiva, si la realidad era otra, por lo menos la información oficial no llegó. Entonces, el Ministerio se ha manejado con esa estrategia, de acuerdo con las notificaciones.

Pero hay otra realidad que proviene del ámbito académico y yo tengo la obligación de decir cuál es mi información al respecto. La información que tengo es que esta patología viene "in crescendo". Se empieza a detectar en el año 2001 -a partir de algunos casos esporádicos identificados-, en el año 2002 hay un pequeño brote en verano y se registra una muerte. Ya en el año 2003 empieza a preocupar en el ámbito académico científico, de tal manera que comienzan a presentarse casuísticas donde hay una identificación de este germen. Para ser objetivo, me tengo que referir a cosas documentadas.

El año pasado se presenta uno de los trabajos -creo que es el más importante de todos-, a raíz de seis muertes documentadas como consecuencia de este germen meticilino resistente comunitario. Este trabajo, realizado por los doctores Galiana, Pedreira, Hiramatsu, Matt, Christopher y por el Director del CTI del Hospital Maciel, doctor Bagnulo, es presentado en congresos. Allí se habla de seis casos de muertes en los que está identificado el germen. Evidentemente, acá tenemos una dificultad; el Ministerio tiene una dificultad. En definitiva, la realidad del Ministerio es la que le ha llegado por notificaciones, pero en la información no encontré que se hablara de esto. Tan importante es este trabajo, que este germen comunitario -autóctono de Uruguay-, dada su trascendencia, fue estudiado en colaboración con una universidad de Japón, en la que se identifica y se convalida el diagnóstico bacteriológico. Estamos hablando del año pasado. Esto no concuerda con la información que llegó al Ministerio. La realidad es lo que está pasando.

Mi preocupación es porque hay algo que no funcionó. Al Ministerio no le llegó la información de la realidad que existe en el país, que es grave. La infección comunitaria en el Hospital Saint Bois es así, y en este momento hay casi cincuenta casos: hay un médico, hay funcionarios. El Director de la Colonia informó esto a Epidemiología y en principio hubo algunas acciones. Pero esto no solo ocurre en la Colonia Saint Bois. Yo quiero saber si el Ministerio no estuvo en conocimiento de la brutal infección comunitaria que hubo en las cárceles: 761 casos estudiados e identificados, en las tres cárceles: Libertad, COMCAR y La Tablada. El número, de por sí, preocupó.

Eso es algo que está documentado; no sé por qué no llega. Me pregunto qué habría pasado si en su momento el Ministerio hubiera sabido que había una infección comunitaria, de 761 casos, en los hospitales penitenciarios, lo que creó una gran alarma pero se tapó, porque esto estaba en conocimiento del Ministerio del Interior.

**SEÑOR ESTOL.- Esa bacteria, que se tipificó como bacteria Uruguay, se identificó en el padre de una persona que trabaja conmigo en el Ministerio de Salud Pública. ¿Saben cuándo se enteró que era esa bacteria, la meticilino resistente comunitaria? El otro día, en la reunión que tuvimos en el Ministerio de Salud Pública.**

La reflexión es la siguiente. La Academia tiene que entender que cuando hace trabajos científicos tiene que notificarlos y ver la relevancia de salud pública que tienen. No puedo leer todos los trabajos científicos que se hacen en el país sobre temas que llamen la atención de la salud de la población. Se publican hechos y resistencias bacterianas permanentemente. El hijo de la persona a la que se le diagnosticó en Japón -se trataba de una cirugía que se complicó- se enteró el otro día de que ese había sido el primer caso. Entiendo que lo que hay que hacer es comunicar y consolidar, y cuando tiene relevancia de salud pública hay que notificar.

**SEÑOR GALLO IMPERIALE.- De cualquier manera, me parece que acá hay una situación grave, porque el Ministerio y el doctor Estol priorizan el tema de la notificación inicial.**

Fuera de los eventos que el Ministerio ha organizado, ha habido otros de carácter académico donde se presentaron trabajos relativos a este germen. En esos eventos había técnicos de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. Tengo documentación en la que consta la participación de los técnicos en una cantidad de eventos como, por ejemplo, el que tuvo lugar en julio de 2003 en la Dirección del Hospital Maciel. Participaron el Departamento de Salud Pública y la Cátedra de la Facultad de Medicina; se invitó a participar a Vigilancia Epidemiológica, que se excusó por otras actividades concomitantes. Después participó en el evento de agosto de 2003, en Maldonado, concretamente en el Taller de Patógenos Emergentes, en el que intervino una técnica de Epidemiología. Allí se habló de la importancia que tiene este tema en el país.

Los días 27, 28 y 29 de noviembre tuvo lugar un taller, organizado por el Departamento del Laboratorio de Salud Pública y OPS, denominado Capacitación y Actualización. En ese momento, la Dirección del Laboratorio de Salud Pública elevó una información relevante a Epidemiología. Quisiera saber si ustedes tienen ese documento.

En medio de todo ello -¡vaya si el problema estaba instalado!- surgió el tema de las cárceles, pero también otros de infecciones comunitarias importantes. El caso de Cerro Norte pasó a ser muy importante y no sé si ustedes tienen información al respecto. En la red de policlínicas periféricas de Asistencia Externa hay quinientos casos denunciados de afecciones crónicas de piel. Me gustaría saber si el Ministerio está enterado de que en el INAME hay una cantidad de casos.

Claro que el doctor Estol tiene derecho a decir que no están notificados. Pero yo me pregunto qué pasa con la gente que trabaja en Epidemiología, que está en esto; aunque no le llegue la notificación oficial, saben que en el país este problema está y está diseminado. Según la información académica que poseo relativa a las cárceles, la gente dedicada a la vigilancia en las cárceles -que es de la frontera- se ha contaminado allí; por eso han aparecido casos en el norte. Además, en el ámbito de los familiares -es anecdótico, pero de cualquier manera trasunta la preocupación de una comunidad- se habla del riesgo que existe por "el virus de la cárcel".

Por otra parte, es verdad lo que dice el señor Ministro: el primer caso está denunciado, pero existe toda una realidad que va mucho más allá de lo formal, que es lo que está manejando en este momento el Ministerio.

**SEÑOR ESTOL.- Según la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina, con fecha 26 de julio de 2004, de las lecciones aprendidas a través de las comunicaciones formales o informales con colegas que trabajan en diferentes centros asistenciales, y muy especialmente quienes lo hacen en la comunidad, en julio de 2004 se está en condiciones de resumir las características de los procesos generados por el MRSA comunitario. Este es un informe que está en la página web.**

Además de preocuparme la salud de la gente, insisto en que debemos tener información para cuantificar el problema. Los datos consolidados que mencioné anteriormente no incluyen el informe del doctor Pedreira, puesto que lo agregó en la mañana de ayer. El resto está consolidado, y digo más: no tengo vergüenza de sentarme en el Parlamento y decirle, como también al pueblo, que esta es la realidad que tenemos hoy en día, esta es la situación epidemiológica que tenemos, y esto es más o menos grave. Ojalá sea menos grave, por el bien de la población.

**SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Comparto la preocupación del doctor Estol, pero evidentemente esa preocupación tiene algún fundamento.**

No pongo en duda los datos académicos, porque resultan de estudios serios que avalan esta realidad. También es cierto que en los estudios comunitarios no fue el Ministerio el que actuó, sino que el estudio llegó a esos brotes comunitarios por técnicos que estaban preocupados y estudiaban esta bacteria.

Lo sucedido en los establecimientos carcelarios tuvo lugar en mayo de 2003 y en la Tablada en octubre de 2003. Y ahí se empezó a hacer el tratamiento que aconseja el Ministerio. Lo de la Colonia de pacientes psiquiátricos ya lo habíamos hablado. Me parece que desde el punto de vista académico la mortalidad está valorada de diferente manera. Estamos hablando de catorce casos mortales que ocurrieron a fines de 2003 y

comienzos de 2004: nueve en el Hospital Maciel, uno en el CASMU, tres en el Hospital Pereira Rossell, uno en CIMA España y uno en el Hospital de Clínicas.

Esta información académica no se condice con la que tiene el Ministerio. Creo que el Ministerio tiene que profundizar en saber qué paso ya que diseñó una red de vigilancia, debió llegar información pero esta no le fue enviada formalmente.

Tengo casi el convencimiento de que en el ámbito de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública estos datos se conocían ya que se había participado en muchas de estas reuniones. Si bien la información no llegó por vía formal me pregunto si no hay responsabilidad de parte de quienes tienen responsabilidades en la conducción pública; me pregunto si cuando se conoce la información no se está en una actitud cómoda al decir: "Bueno, no hay notificados". ¿No se tiene la responsabilidad, por la gravedad del problema, de comunicar a las jerarquías superiores para que estas adopten medidas? Esta es la gran preocupación y es el problema presentado acá. Yo no quiero responsabilizar, pero en el fondo de esta cuestión hay responsabilidad por lo menos de algún ámbito del Ministerio que estaba en conocimiento. No sé si no se informó, si se informó mal o si no se quiso estar en la responsabilidad que significa -vaya si es responsabilidad- empezar a diseñar estrategias para un tema instalado hace mucho tiempo y por el que todos están con muchísima preocupación. Ayer o antes de ayer hubo una muerte en Rocha.

**SEÑOR ESTOL.- Ese caso ocurrió a principios de julio.**

**SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En definitiva, es un problema instalado en la comunidad. Además, a partir de las investigaciones académicas que se han realizado sabemos que hay una cantidad de portadores sanos, y ese es potencialmente el otro riesgo que se tiene.**

Ahora se adoptan medidas en función de una realidad que a ustedes les llegó en determinado momento. Si la red de información funcionara bien habría habido una alerta en su momento y tal vez estaríamos previendo lo que pasa actualmente en el Hospital Pereira Rossell, donde el 70% de las infecciones piógenas se deben a este germen y hace un año el porcentaje era de 20%. Este dato también se describió y se publicó en la Revista de Pediatría. Entonces, hablamos de un establecimiento público; este problema existe. Reitero: hoy tenemos el 70% de las infecciones piógenas y el año pasado teníamos el 20%. ¿No habría que haber tomado esta estrategia? Esa es la gran preocupación, y lo digo con total sinceridad.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Aclaro que la preocupación del señor Diputado también ha sido mía. ¿Qué pasa? ¿Por qué ocurre esta situación? ¿Esto merece una alarma pública? De acuerdo con la información que tenemos parecería que no es necesario más que una notificación, es decir, poner en conocimiento, sobre todo de la población, cuáles son las medidas que deben tomarse frente a procesos de este tipo. Me refiero a no tomar intempestivamente el primer antibiótico que se le ocurre, a consultar al médico, a las medidas de higiene frente a lesiones de piel, a consultar en forma precoz. A nuestro modesto entender, por ahora, no parecería necesaria otra actitud.**

Dada la toxicidad de esta bacteria, sí quiero insistir e insistir -y nunca será suficiente- a todos los colegas para que realmente se haga el diagnóstico precoz ya que si es tardío puede costar la vida, porque la bacteria es tremendamente tóxica.

Me asombra que se diga que hubo setecientos o quinientos casos y se pregunte qué hizo el Ministerio. Quienes los publicaron y las instituciones que hicieron esos eventos desde el año pasado ¿qué hicieron adentro de sus instituciones? ¿Qué le dijeron a sus médicos que nunca nadie se enteró? ¿Cómo se les pueden morir catorce personas y a sus médicos no les dijeron: "Señores, pongan atención en los abscesos, en los forúnculos". Corren a publicarlo en las revistas internacionales pero no a decirlo a quien corresponde. No solo no avisaron al Ministerio; y en este sentido reitero mi apoyo total a los médicos del Ministerio, a los asesores de epidemiología, porque actuaron bien e hicieron lo que correspondía.

¿Qué hicieron los que sabían que estas cosas existían? No solo no lo comunicaron al Ministerio sino tampoco a sus colegas. El propio sindicato señala que ahora alerta a sus médicos ya que antes no lo sabía, pero si lo hubiera sabido lo hubiera hecho. El tema va más allá de Bonilla; tiene que ver con una costumbre y con malos hábitos que los médicos no reconocen y deberían empezar a reconocer con humildad. En la esfera

pública y en las instituciones privadas esto se viene arrastrando desde hace años y, desgraciadamente, como se nota, no se cambia con una ordenanza ni de un plumazo. Es necesario esfuerzo, porque no es cazando brujas que se soluciona sino siendo persistentes, insistentes, y no alarmando a un pueblo entero diciendo como que aquí hay una locura y nos come el estafilococo, porque eso no es así. No lo vemos así ni siquiera después de advertidos. Si revisamos toda la información, las quinientas muertes o las cien o cincuenta muertes, resulta que son cuatro y que no hay más. Entonces, pregunto a quienes hacen los trabajos y los publican por qué no notificaron. ¿Tienen miedo de que se les queden con el trabajo? ¿Quieren publicarlo primero? ¿Qué pasa acá? ¿El Ministerio de Salud Pública tiene que llevar las culpas de esto? La gente actuó bien. A mi modesto entender -reitero-, esto se debe a esos malos hábitos médicos, a esas malas costumbres que, desgraciadamente, se demora en reconocer, pero el prestigio de las profesiones no se sostiene ocultando las cosas sino siendo sinceros, sensatos, humildes y diciendo: "No, no señores; no se trata de que nos equivoquemos. Esta es una bacteria nueva y no estábamos advertidos como para diagnosticarla así". Nadie pretende que los médicos tengan un microscopio en el ojo pero sí hay que diagnosticar cuando un enfermo está grave, esto sí es inexcusable; hay que saberlo.

**SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión pasa a intermedio hasta el día de mañana a la hora 14.**